Sosa (S. E.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

EL ENFISEMA PULMONAR

EN ALGUNAS

AFECCIONES DEL HIGADO

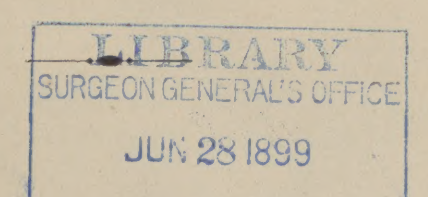
TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

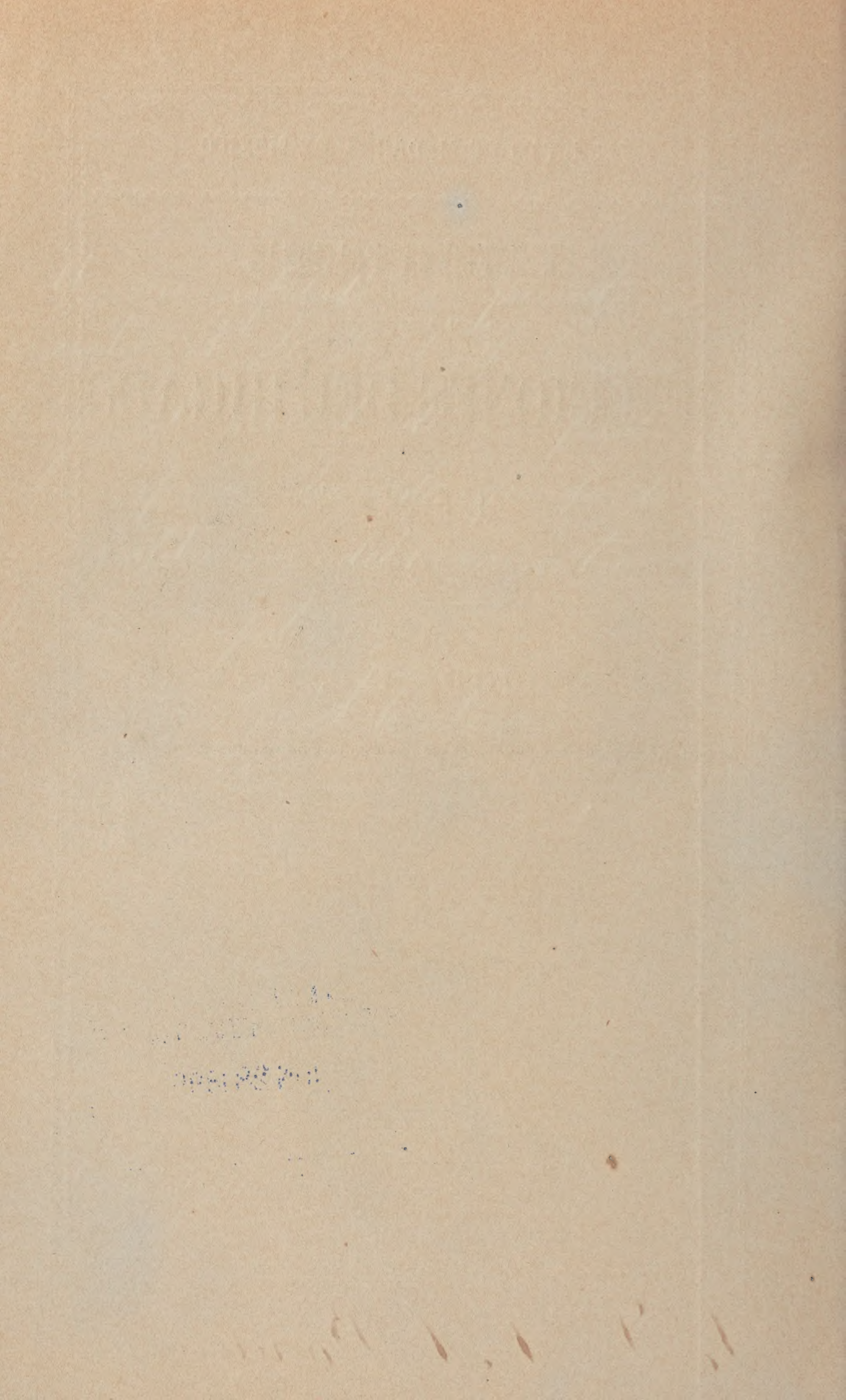
SECUNDINO E. SOSA

ALUMNO DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA, EX-PRACTICANTE DE LOS HOSPITALES "MORELOS" Y DE SAN ANDRES, MIEMBRO DE LA SOCIEDAD FILOIATRICA Y REDACTOR DE "LA ESCUELA DE MEDICINA"



MEXICO.
IMPRENTA DE DUBLAN Y COMPAÑIA,
CALLE DE CORDOBANES NUM. 8.
1881.

Sr. Dr. J. M. Bandera.



FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

EL ENFISEMA PULMONAR

EN ALGUNAS

AFECCIONES DEL HIGADO

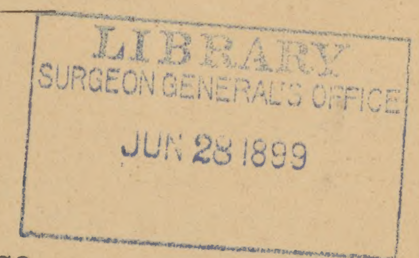
TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

SECUNDINO E. SOSA

ALUMNO DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA,
EX-PRACTICANTE DE LOS HOSPITALES "MORELOS" Y DE SAN ANDRES, MIEMBRO DE LA SOCIEDAD FILOIATRICA Y REDACTOR DE "LA ESCUELA DE MEDICINA"



MEXICO.
IMPRENTA DE DUBLAN Y COMPAÑIA,
CALLE DE CORDOBANES NUM. 8.
1881.

A mi respetado y querido maestro el Sr. Dr. J. M. Bandera, dedico este recuerdo de mi particular aprecio, humilde ofrenda de mi gratitud y débil muestra de mi respeto.

S. E. Sosa.

A mis honrados Padres.

A MIS QUERIDOS HERMANOS.

AL SABIO Y MODESTO PROFESOR

DOCTOR RAFAEL LUCIO.

A LOS DISTINGUIDOS CIRUJANOS

Francisco Montes de Oca y Rafael Lavista,

SU DISCÍPULO AGRADECIDO.

A LOS SEÑORES DOCTORES

JUAN M. RODRIGUEZ, J. M. BANDERA
Y RICARDO VERTIZ.

A LOS SEÑORES LICENCIADOS

TIRSO R. CORDOVA Y ESTEBAN CALVA,

TESTIMONIO DE ESTIMACION Y GRATITUD.



HAY una opinion casi inédita, expresada así: "En los enfermos afectados de la degeneracion grasosa del hígado, se observa siempre el enfisema pulmonar." Enunciarla es hacer patente su importancia. Me he resuelto á tomarla como punto de estudio para escribir mi tésis inaugural.

Averiguada la verdad de la anterior proposicion, saber si se halla la misma coexistencia en otras de las enfermedades hepáticas, es la primera cuestion que se presenta: hácia aquí dirigí tambien mis pesquisas, y por los resultados que he obtenido, me parece conveniente dividir mi trabajo de la siguiente manera:

I. El enfisema del pulmon en la degeneracion grasosa del hígado.

II. El enfisema en la cirrosis y abscesos hepáticos.

III. Consideraciones generales sobre las anteriores proposiciones.

I.

El enfisema del pulmon en la degeneracion grasosa del hígado.

Saber la frecuencia con que coexisten estas afecciones, si una se desarrolla primero que la otra, ó se manifiestan simultáneamente, el sitio del enfisema, los síntomas que le revelan y el grado de desarrollo que alcanza, la edad de los enfermos y sus antecedentes, muy importantes en este caso: tales son los puntos en que he fijado mi atencion, porque deben, á no dudarlo, ser bien esclarecidos y lo he intentado aunque no me lisonjeo de haberlo conseguido.

Catorce observaciones he podido reunir de esteatosis hepática, y en doce de ellas he hallado el enfisema: más adelante me ocuparé de los dos casos en que no observé la coin cidencia que voy á estudiar. No trascribiré todas las observaciones detalladamente, por no incurrir en repeticiones empalagosas; pero como se trata de un hecho, con hechos debe probarse.

*

Ocupaba la cama número 15 de la sala de Medicina de hombres en el Hospital de San Andrés, Cristóbal Carmona, de 45 años de edad. Cuenta entre sus antecedentes la costumbre de tomar pulque, y respecto á enfermedades anteriores, no ha padecido alguna que llame su atencion. Una diarrea que le comenzó hace seis meses y aún le dura, intermitente, pues en el trascurso de este tiempo la ha padecido varias veces, y ha tenido intervalos en que á su jui-

cio ha estado perfectamente bueno. Una falta completa de apetito, y aun algo más, repugnancia por los alimentos; una sed que mucho le molesta; un estado constante de debilidad; unas hinchazones en los piés, las cuales datan de hace mes y medio: esto es lo que el enfermo refiere. Por el interrogatorio averigüé que las evacuaciones no han sido acompañadas de dolor en parte alguna del vientre, ni de vómitos; son líquidas, no muy abundantes en cantidad, pero muy variables en número, el cual ha sido algunas veces de quince á veinte por dia. Los edemas no han sido precedidos ni acompañados de otras hidropesías.

A la simple inspeccion del enfermo se ve que está notablemente pálido y bien flaco; blancas son sus conjuntivas y no hay icteria en su piel; pero si en aquellas no hay tinte ictérico, sí se advierten manchas grises y terigiones grasosos abultados. Hay algo de estúpida indolencia en su mirada, están temblorosas sus manos enflaquecidas, y en su piel desaseada se nota ese aspecto particular de los organismos ó viejos ó envejecidos. Acostado sobre el dorso, se ve que su vientre está excavado y que es la respiracion algo frecuente; no se dibujan venas algunas dilatadas, ni se advierte más. Palpando no se despierta dolor ninguno ni se siente nada que llame la atencion. Percutiendo, el vientre ahuecado está sonoro y el hígado pequeño; en la línea esternal casi no hay area oscura; en la mamilar hay una region mate de cuatro á cinco centímetros, correspondiente al sexto y sétimo espacios intercostales; en la axilar es un poco mayor.

Analicemos: un indivíduo anémico, porque así lo denuncian sus tegumentos pálidos, su pulso miserable y la conciencia que tiene de su debilidad; con diarrea crónica y edemas en los piés, que despues de un exámen atento puedo asegurar que no son debidos á una albuminuria, lesion cardiaca, cáncer, tuberculosis, etc., dispéptico, que acostumbra pulque, aunque niegue como todos estos enfermos, que ha

bebido con exceso; que lleva terigiones y manchas alcohólicas en las conjuntivas; que tiene temblorosas las manos é intranquilo el sueño, casi siempre agitado por visiones extravagantes: es un alcohólico, y aun más todavía, es un indivíduo caquécticamente alcohólico.

El hígado está pequeño; ésto, acompañado de algunos de los síntomas que acabamos de referir, denuncia claramente una afeccion hepática; no hay dolor ni calentura, no hay ni ha habido icteria, tampoco ascitis ni venas dilatadas en la piel del vientre, no ha tenido vómitos matinales, sabemos ya cuál es su bebida favorita: la afeccion hepática es, pues, una degeneracion grasosa.

Porque es un hecho adquirido ya por la ciencia, que en México, el pulque es la causa comun de la esteatosis hepática, porque el cuadro clínico de esta enfermedad, tal como se observa en nuestros hospitales, ha sido trazado con exactitud por los preciosos trabajos de mi recomendable amigo el Dr. José Ramos, y en dicho cuadro está perfectamente comprendido el retrato de este enfermo en cuestion.

Y véamos ahora lo que en el pecho se observa: la fosa infraclavicular izquierda está abultada, el resto del tórax no ofrece nada de particular á la inspeccion, si no es alguna frecuencia de los movimientos respiratorios; á la palpacion, las vibraciones están disminuidas en la region primeramente indicada; á la percusion la mitad anterior del tórax está más sonora que de ordinario, sobre todo abajo de la clavícula, y no hay area precordial; hácia la base es de notarse un aumento de sonoridad, y este fenómeno se observa aun más abajo del nivel acostumbrado, siendo bien claro que en el lado derecho tal parece que el pulmon ha bajado á ocupar lugares que normalmente están habitados por el hígado. Por la auscultacion se percibe áspera la respiracion en la fosa infraclavicular izquierda, nula en el resto de la parte anterior del mismo lado y la voz débil, los ruidos del corazon limpios pero algo lejanos; gruesos estertores se escuchan en

la parte posterior, en ambos lados. El enfermo tiene tos que le molesta poco, pero que se exacerba ya por una corriente de aire frio ó por la ingestion de algun líquido tambien á baja temperatura; dos ó tres veces esta tos ha venido acompañada de ansia, que aun sin causa apreciable suele producirse por las noches; el pecho y la espalda le duelen algo de vez en cuando. Estos últimos síntomas datan de poco tiempo, y al inquirir con cierta solicitud el orígen de ellos, se fastidió el paciente repitiendo que ántes de cuatro meses nada de esto tenia. Reasumiendo los síntomas que acabo de enumerar, se deduce este diagnóstico: enfisema pulmonar y bronquitis.

Sobre varios puntos de esta historia parece conveniente fijar la atencion, y sea el primero los edemas de los piés. Como ya he dicho, éstos son debidos á la caquexia alcohólica, y la falta total de ascitis está comprobando una vez más que este síntoma negativo es constante en la degeneracion grasosa del hígado, pues en el caso que voy refiriendo, no se produjo ni aun estando el indivíduo en condiciones apropiadas para las hidropesías. Los edemas de los piés que se observan en los alcohólicos, cuando coinciden con ascitis considerable y una afeccion hepática, cirrosis comunmente, es posible que sean de causa mecánica, la compresion de las venas iliacas por la hidropesía del vientre, y aquí la caquexia alcohólica, ó representa un papel secundario, ó no tiene influencia alguna. Pero cuando ellos son la única hidropesía y se encuentran en los dos miembros á la vez, no hay que dudarlo, reconocen por causa el estado discrásico de la sangre, y llama la atencion que aun en estas condiciones favorables para la hidropesía, no se haga el derrame del peritoneo estando el hígado profundamente afectado. Que no se encontraran hidrotórax ó hidropericardio, se comprende bien; estos derrames son ménos frecuentes y más tardíos en su aparicion: así al ménos me parece haberlo observado en el alcoholismo.

El segundo punto de que quiero hacer mencion es este: la sonoridad que observé hácia las bases de los pulmones á un nivel más bajo que el acostumbrado. No es el único caso en que haya visto cosa semejante, y como aquí la respiracion es muy perceptible, esto me conduce á creer que los bordes inferiores de los pulmones, que habitualmente funcionan poco, han exagerado su accion para suplir á las partes inutilizadas en otros puntos del órgano: algo más diré sobre lo mismo en el curso de este trabajo. Del número de casos principalmente, debo hacer las deducciones generales, pero no concluiré esta observacion sin advertir que el enfisema es de data reciente, si hemos de creer lo que el enfermo cuenta, y á ello me inclino, porque la lesion no está muy avanzada. Antes de pasar adelante, debo advertir, que la idea de esta coexistencia que voy estudiando no me pertenece; se la oí enunciar por primera vez al Sr. Dr. J. M. Bandera, quien diariamente insiste sobre lo mismo, estando plenamente convencido de su opinion.

*

En otro de los casos que he recogido, el enfermo era bastante viejo, la caquexia muy avanzada, el hígado casi ha desaparecido, el enfisema bien desarrollado y el indivíduo niega redondamente haber padecido en tiempos anteriores tos, ansia, catarros del pecho, ó cualquiera otro antecedente que me pudiera dar alguna reseña sobre el orígen de la afeccion pulmonar; pero notando que el enfermo es de corta inteligencia, que no sabe analizar sus impresiones, pues aun sobre los síntomas actuales se expresa con notoria vaguedad; en vista de todo esto me he llegado á preguntar: ¿este enfisema muy desarrollado nada tiene que ver con su afeccion hepática ni con su alcoholismo, ó están relacionados pero se encuentra muy avanzada la lesion primera, porque tambien lo están las otras dos? Nada sabria yo resolver, y lo siento,

porque bien quisiera referir hechos claros, fijos; así podrian tener certidumbre absoluta las reglas generales y las conclusiones á que dieran lugar. Pero el mejor modo de pintar á la naturaleza es copiarla tal como ella quiere presentarse á nuestros ojos, y en mi impotencia para hacer otra cosa, relato lo que he visto. Este hecho es aun más interesante para mí, porque mi jóven amigo el Dr. Otero me ha comunicado que si bien él ha visto algunas veces la coincidencia del enfisema pulmonar y la esteatósis hepática, le han parecido independientes la una de la otra. En la tercera parte de mi tésis me ocuparé de esta opinion, que afecta esencialmente la cuestion que voy tratando.

*

Algo semejante al enfermo de quien referí la primera historia, es la observacion de J. M. Martinez, de la misma edad próximamente y con las dos afecciones, pero no tiene edemas ni su estado general está tan alterado: el primer dia de la observacion tenia estertores silbantes en el vértice del pulmon derecho y roncantes en la parte posterior de ambos pulmones; al dia siguiente todos los estertores eran mucosos bastante gruesos y se observaba uno que otro roncante y subcrepitante. El esputo, escaso primero y difícil, se fué haciendo abundante, y la tos que se exacerbó hacia difícil la exploracion; pero ésta habia sido practicada desde el primer dia, y encontré signos claros de un enfisema poco avanzado. Como en el anterior, hígado pequeño, ningun dolor, apirexia, no habia vómitos matinales, ni icteria, ni ascitis; pero sí la diarrea intermitente, con alternativas de constipacion; todo esto es casi característico de la degeneracion grasosa del hígado. Comparando ambos enfermos, he advertido: en el primero, caquexia alcohólica avanzada, enfisema bastante desarrollado; en el segundo, ménos caquexia, ménos enfisema. ¿Qué relacion existe entre estos hechos? su sola mencion poco indica, pero sí habla, y muy alto, lo si-

guiente. En casi todos los casos que he recogido, la intoxicacion alcohólica habia hecho ménos estragos que en los que acabo de referir, y el enfisema ha sido ménos en aquellos que en éstos.

En la observacion de que me voy ocupando, no advertí, aunque inspeccioné con cuidado, ninguna deformacion apreciable del pecho; si por otras razones no me hubiera dedicado á estudiarlo, nunca su configuracion sola me hubiera llamado la atencion. Como el enfisema es más frecuente en el hombre que en la mujer, quise ver si en las enfermas de esteatosis hepática encontraba algo que pudiera tener importancia. Bajo este punto de vista, creo que es digna de mencionarse la siguiente observacion.

*

En la cama número 7 de la segunda sala de mujeres, ví á la enferma Jesus García, viuda y de 35 años de edad próximamente. Está á no dudarlo, bajo la influencia del alcoholismo crónico; enflaquecida, pálida, con el sueño agitado, trémula, irritable, llevando en sus ojos terijiones y manchas, y en su semblante ese sello del envilecimiento moral que produce la embriaguez. Los signos de la degeneracion grasosa del hígado tales como los he referido.

En el pecho: notable deformacion en ambos lados y de la parte anterior, y más marcada en el derecho que en el izquierdo. La ánsia, la tos, los catarros en el pecho, datan de cuatro ó cinco años; ántes no habia padecido nada de esto. La diarrea que hoy le molesta, muy antigua, y la costumbre de tomar alcohólicos, y principalmente pulque, más antigua aún. Ha estado varias veces en el hospital, de donde ha salido mejorada pero nunca enteramente buena; esto me hace creer que tanto el hígado como el pulmon están enfermos hace tiempo. Una cosa que no es comun encontrar en estos enfermos, molesta á esta mujer; vómitos constantes y tenaces, á todas horas y con cualquier alimento. Pero

volvamos al enfisema: la extension y fecha antigua de la enfermedad me hicieron examinar el corazon y le encontré algo dilatado; hay ligeros edemas en los piés, pero no pude percibir ningun soplo.

Segun Grisolle, la deformacion de la fosa supraclavicular, es comun en las mujeres enfisematosas: no la encontré en esta enferma, pero sí la respiracion áspera en el vértice derecho y nula en el izquierdo, aun auscultado con estetoscopio; en el primero, sonoridad notable á la percusion, lo contrario en el segundo, nulas en ambos las vibraciones. Este caso enseña, á mi juicio, que aun en las mujeres pueden coincidir las afecciones citadas.

Otra mujer he visto en el mismo servicio, con degeneracion grasosa del riñon y el hígado, y en ella no encontré signo alguno que me revelara un padecimiento pulmonar. Murió, y desgraciadamente no practiqué la autopsía; el Sr. Cordero, que comprobó en el cadáver su diagnóstico, no examinó los pulmunes: este es uno de los dos casos que mencioné. El Sr. Bandera, á quien lo participé, me manifestó deseos de conocerlo, porque le pareció bastante raro, y á su juicio, algun derrame ó cosa parecida me ocultó el enfisema pulmouar: es muy posible que me haya equivocado, pero tambien es muy posible que tenga yo razon.

*

Otro de los enfermos cuya historia he recogido, es Anastasio Arriola, que estaba en la cama número 30 de la Sala del Sr. Bandera, tiene 50 años de edad y es un buen tipo de alcohólico. Lleva las dos enfermedades que estudio, pero el enfisema presenta esta particularidad: el pulmon izquierdo es normal, la parte anterior del derecho es el sitio de la dilatacion vesicular. La sonoridad se extiende en la línea esternal hasta el epigastrio, para ser sustituida por el timpanismo del vientre; en la línea mamilar, hasta la sétima costilla y casi á la misma altura por la axila, haciendo

contraste con la pequeña zona mate que denuncia la presencia del hígado: tal sonoridad, sin embargo, es más acentuada en la fosa infraclavicular. Allí el ensanchamiento de los espacios intercostales y un abovedamiento ligero de la pared torácica, la diminucion de las vibraciones y la oscuridad de la respiracion, acusan el estado enfisematoso del pulmon derecho.

Sabido es que esta afeccion ocupa con más frecuencia el lado izquierdo; yo le he visto ocupar el derecho exclusivamente, esta sola vez, y en algunas otras coincidiendo con el del lado opuesto.

Reasumiendo el resultado final de mis observaciones sobre esta cuestion, encuentro lo siguiente:

Respecto á la frecuencia con que coexisten la degeneracion del hígado y el enfisema del pulmon: doce veces en catorce enfermos. Varios de los casos en que encontré la coincidencia han sido observados tambien por los médicos á cuyo cargo estaban y por algunos compañeros mios; en otros, por fortuna los ménos, me he guiado por mi propio criterio: éstos los señalo con toda la timidez del estudiante, para que sean acogidos con la reserva que merecen. Debo decir algunas palabras sobre los dos hechos que hicieron excepcion á la regla: ya referí que uno de ellos lo encontré en una mujer. Como el enfisema es ménos frecuente en la mujer, quedo dudando si el sexo ejercia aquí alguna influencia.

El otro caso acontecia en un indivíduo cuya constitucion no estaba muy deteriorada y en cuyo vientre obeso habia un ligero meteorismo. Como en los indivíduos que tienen el vientre grasoso no es fácil investigar los pequeños derrames, yo me quedé en duda si en este enfermo habia ó no una ascitis, pareciéndome más probable lo segundo. La costumbre de tomar pulque en exceso, francamente confesada (lo que dicho sea de paso, no es muy comun), el crecimiento

del hígado que dejaba sentir abajo del reborde de las falsas costillas, su borde anterior, pero no cortante ni duro como en la cirrosis, la dispepsia, las alternativas de constipacion y diarrea, dan á entender que existe una degeneracion grasosa del hígado. Nada sin embargo encontré en los pulmones que me dé algun derecho para sentar el diagnóstico del enfisema.

Fijar la época del desarrollo de ambas afecciones es sin duda la cuestion más ardua. ¿Cuál de las dos se presenta primero? asunto es este muy difícil de resolver. La observacion, y nada más, puede responder á esta pregunta. Para esto seria necesario sorprender la degeneracion del hígado desde su más remoto principio, buscar el enfisema y proseguir la marcha con toda la constancia necesaria; pero este punto es mucho más escabroso de lo que á primera vista parece. Comienza la afeccion de una manera tan insidiosa, que si es difícil remontarse á su orígen por los conmemorativos que da el enfermo, más difícil es aún, por no decir imposible, hacer el diagnóstico cuando la enfermedad comienza. Dispepsia, algo de costumbres alcohólicas, ciertos dias en que hay algo de diarrea, y esto, mantenido por muchos dias ó por muchos años: tal es el principio de la degeneracion. Pero así puede tambien empezar la cirrosis, y empieza de hecho: por otra parte, el exámen no nos da ningun signo, ningun síntoma que pueda servir para sospechar la enfermedad. En medio de las perturbaciones que acabo de mencionar, el enfermo no se queja de ningun dolor, ninguna molestia por parte del hígado; la palpacion y la percusion nada nos dicen, y sin embargo, este individuo, quizá más ó ménos tarde, será víctima de una degeneracion hepática. Con una manera de principiar tan vaga y tan incierta, nadie podria hacer el diagnóstico, y cuando más, podrá un médico práctico pronosticar, sospechar que más tarde se desa-

rrollará la afeccion. Ya el Sr. Ramos ha llamado la atencion sobre este punto, y yo recuerdo como un ejemplo el siguiente caso. A mediados del año de 1878, estaba en la sala del Sr. Dominguez, un enfermo que habia ido al hospital á curarse de unas intermitentes. El largo tiempo que las padeciera, sus malas condiciones higiénicas, etc., lo habian puesto en un estado de profunda anemia. Habiéndose mejorado notablemente en su estado general y ya próximo á abandonar el hospital, como se quejase con insistencia del mal estado de sus vías digestivas, el cual era anterior á las intermitentes, el Sr. Ramos, que lo habia atribuido á la anemia y á la quinina, se fijó en el hígado teniendo en cuenta el alcoholismo del individuo. Acompañado del Sr. Sologuren hizo la palpacion y percusion de la region hepática; este exámen no hizo descubrir nada anormal, y en vista de esto y falta absoluta de otros síntomas, resolvieron que no habia ninguna afeccion hepática. En el mes de Abril de 1880 volvió el enfermo al hospital y tuve ocasion de estudiarlo en el servicio de que era yo practicante: el Sr. Bandera diagnosticó una degeneracion grasosa del hígado, la cual estaba perfectamente caracterizada. ¿Existia ya la afeccion dos años ántes, cuando se practicó el primer exámen? De cualquiera modo que se responda la pregunta, afirmativa ó negativamente, ya sea que aun no hubiera existido la lesion ó que hubieran faltado síntomas para diagnosticarla, el resultado es el mismo: la incertidumbre. La costumbre de tomar alcohólicos y las perturbaciones de las vías digestivas, hacen temer que el hígado esté alterado; se practica en estas circunstancias el exámen del vientre y los resultados son negativos; no hay tampoco icteria: ¿debe asegurarse que aun no existe ninguna afeccion hepática? no, indudablemente; tal asercion seria aventurada. Quizás más tarde se presentarán síntomas que revelen una cirrosis ó una degeneracion grasosa.

El alcohol es un veneno que se dirige al hígado; así lo han demostrado las autopsías en indivíduos muertos á con-

secuencia de una embriaguez, esto es, una intoxicacion aguda. No es fácil, pues, asegurar que en el envenenamiento crónico esta víscera permanezca ilesa por mucho tiempo; pero tampoco se puede desde al principio especificar la lesion.

En vista de estas dificultades, creo, como he dicho, que no es posible resolver el problema por la observacion directa; sospecho, sin embargo, que el enfisema se presenta cuando ya existe la degeneracion del hígado: estas son las débiles razones en que se apoya mi sospecha. Como lo diré más adelante, nunca el enfisema alcanza un alto grado de desarrollo; no sé á punto fijo qué tiempo es el que trascurre desde que comienza á degenerarse el hígado hasta el instante de la muerte, pero sí me parece que en muchos enfermos hay tiempo suficiente para que la lesion pulmonar estuviera muy avanzada, si marchara á la par con la hepática, y con más razon si le fuera anterior. Por otra parte: si un hecho solo no puede servir para fundar una regla, sí puede ser útil para corroborar una sospecha; con este objeto recuerdo que en uno de los dos enfermos en quienes no observé el enfisema, la enfermedad hepática aun no estaba muy adelantada, pues la víscera estaba aun crecida, la diarrea todavía muy dócil al tratamiento, y la constitucion general del individuo no muy alterada.

El sitio del enfisema es variable, y me ha parecido que en los enfermos que he estudiado hay algo distinto de lo que los autores refieren al hablar de la afeccion en general: los bordes anteriores y los vértices son los puntos en que se localiza comunmente la dilatacion vesicular, se dice que el lado izquierdo es afectado de preferencia y yo no recuerdo que se hable de la base. El enfisema en la base, sin embargo, no me parece raro en los enfermos de degeneracion hepática; he visto algunos casos como el de la primera observacion. Con este motivo, me parece oportuno trascribir aquí la siguiente tablita que he podido formar:

SITIO DEL ENFISEMA.	CASOS.
En el borde anterior del pulmon izquierdo..................	3
En el vértice y borde anterior del pulmon izquierdo......	2
En el borde anterior y la base (parte posterior) del mismo	3
En el borde anterior del izquierdo y base del derecho....	1
En el borde anterior y vértice del derecho.............	1
En el borde anterior del derecho......................	1
En la base de ambos pulmones y borde anterior del izquierdo	1
Suma.........	12

Por este corto número de casos se puede ver que es más frecuente el enfisema en el pulmon izquierdo que en el derecho, más en el borde anterior que en cualquiera otro punto, y que cinco veces ocupó la base y solamente tres estuvo en el vértice. Por los signos que pasaré á describir se verá que el enfisema de la base es un enfisema compensador.

Me ocuparé ahora de los síntomas. La deformacion de la pared costal, signo muy frecuente, pudiera decirse constante, puesto que en las sesenta observaciones de Louis y Woillez no ha faltado, siquier sea más ó ménos apreciable, en los enfermos que han sido el objeto de mi presente estudio, pocas veces se ha presentado exagerada ó francamente perceptible. Yo recuerdo haber visto cinco ó seis individuos afectados simplemente de dilatacion vesicular, á la verdad muy avanzada, y el aspecto de su pecho era tan notable, tan característico, que á la primera vista se pensaba en el enfisema. Muy rara vez he podido observar cosa semejante en los que á la vez padecian enfisema y esteatosis hepática. El abultamiento de la region esternomamilar ha sido el que he observado mayor número de veces ciertamente; en otras he visto ensanchado el hueco infraclavicular, nunca la fosa supraclavicular, y algunas ocasiones la base del tórax parte posterior y lateralmente, coincidiendo con otras deformaciones. Como un ejemplo de esto último he ob-

servado un enfermo en el que la base del tórax en el lado derecho, estaba de tal manera abultada, que á la simple vista se ocurria la idea de un derrame; fijando un poco más la atencion se veia la dilatacion perfecta de la pared costal á cada inspiracion; por lo demás, la percusion y la auscultacion desmentian por completo la sospecha. En otro, los dos lados estaban abultados igualmente; el tórax por lo tanto, muy ensanchado en su base, se iba angostando hácia arriba; pero no de una manera lenta é insensible, habia un punto en el cual la inflexion era notable. Esta clase de deformacion, unida á otros síntomas que ya referiré, se me ha presentado en casos que me han parecido de esa lesion particular que se designa con el nombre de *enfisema compensador*. Ese pecho deformado monstruosamente como se ve en los viejos enfisematosos, casi no se encuentra en mis observaciones.

La percusion me ha dado siempre los mismos resultados: exageracion de la sonoridad, ya en todo el lado izquierdo por la parte anterior borrando la arrea mate de la region precordial, ya el mismo fenómeno en el lado derecho, ya en uno de los costados ocupando toda su altura, ó en las bases principalmente por la parte posterior; ora en una extension considerable con pequeños islotes donde es más perceptible la claridad del sonido, ora reducido á pequeñísimo espacio solamente capaz de conocerse por minuciosa exploracion: este signo físico variable en extension ó sitio, ha sido constante por su existencia.

Intencionalmente he hablado primero de la percusion, porque los resultados obtenidos por los otros medios de diagnóstico, plantean una diferencia esencial de la cual voy á ocuparme.

Cuando he palpado la parte anterior de la pared torácica en los individuos enfisematosos que estudio, he hallado al nivel de la lesion las vibraciones disminuidas ó nulas: cuando he aplicado la mano á la base del pulmon por la parte

posterior en los enfermos que tenian esta region deformada, á mi modo de ver, las vibraciones han estado en aumento Cuando se palpa esta region en las personas sanas, los resultados son diferentes segun las individualidades; en los sugetos bien conformados, á este nivel hay un buen espesor de partes blandas, y por lo mismo las vibraciones se apagan; sucede lo contrario en los flacos: estando enflaquecidos los enfermos que yo observaba, dudé si seria normal lo que me habia parecido morboso; pero siendo allí muy perceptible la ampliacion del tórax en los movimientos respiratorios, y comparando un lado con otro, advertí una diferencia que hizo cesar mis vacilaciones. Así: abovedamiento *cleidomamilar* ó *esternomamilar*, sonoridad exagerada al percutir estos sitios y diminucion de las vibraciones, inmediatamente se piensa, y con justicia, en el enfisema patológico; pero abovedamiento de la pared costal en la parte posterior del tórax correspondiendo á la base del pulmon, sonoridad exagerada y aumento de las vibraciones, cambia completamente la faz de la cuestion, y no es posible establecer el mismo diagnóstico. No valorizaré el primer síntoma que puede pertenecer á varias afecciones, sobre todo teniendo en cuenta la region, pero el segundo domina la situacion por completo. ¿Qué indica en efecto una sonoridad exagerada en la base del tórax y en uno de los lados solamente? Para mí, atentas las circunstancias en que se encontraban los casos referidos, la respuesta es única: mayor ampliacion de las vesículas, esto es, distension y aumento en la cantidad del aire contenido en ellas. Estos fenómenos se encuentran realizados en el enfisema patológico, pero en éste las vibraciones están disminuidas; no es, pues, el enfisema patológico el que tenemos aquí, y sin embargo, el aumento de vibraciones combinado con los síntomas referidos, excluye la neumonia, la tuberculosis, la congestion, etc., y hace brotar una idea en que me afirmé, atentos los resultados de la auscultacion.

Enfermos en quienes la lesion estaba en la parte anterior del pecho: respiracion muy débil ó nula, espiracion prolongada, estertores por la parte posterior denunciando una bronquitis. Enfermos en quienes estaba afectada la base del pulmon: respiracion exagerada, y como en dos ó tres de ellos tambien habia alteracion de los bordes anteriores, la auscultacion de la parte anterior del pecho daba resultados en pleno contraste con los obtenidos por la parte posterior abajo del omóplato. Si los primeros confirmaban claramente el enfisema patológico, los segundos acababan de alejar por completo esta idea.

Ensanchamiento de la base del tórax, ampliacion rítmica perceptible á la vista, sonoridad aumentada, vibraciones más intensas y respiracion exagerada; casi, casi, se está diciendo enfisema compensador. Esta afeccion se desarrolla, como lo indica el nombre, para compensar, para suplir á otras partes del pulmon que están inutilizadas; por esto lo vemos presentarse en la pulmonía, en la tuberculosis, y como no encontraba en mis enfermos algo parecido, creí que esta negacion etiológica podia convertirse en una objecion. Despues se me ha ocurrido que puede bien encontrarse la causa, y no sé hasta qué punto sea admisible la explicacion sin forzar los hechos.

Es verdad que no podia yo invocar una hepatizacion que estuviera inutilizando un pulmon entero, ó por lo ménos todo un lóbulo; es cierto que nada me daba derecho para suponer la existencia de tubérculos, que comprimiendo las vesículas pulmonares, pusiera un obstáculo á la entrada del aire, ni núcleos de neumonia intersticial, ni tampoco una caverna que hubiera destruido el parenquima; pero si lo que se necesita solamente es la falta de funcion en algunos puntos del órgano, esta circunstancia existia. Cuando las vesículas han perdido su resorte y están forzadamente distendidas, el aire no se renueva ó se renueva mal; por lo mismo, en aquel punto puede decirse que la respiracion es nula ó

insuficiente, y la auscultacion lo está diciendo así. En estas circunstancias, es preciso que el órgano funcione con más actividad y que trabajen más ciertas partes que en el estado fisiológico trabajan poco; á estas últimas pertenecen las bases de los pulmones, y para convencerse de esta verdad, basta insuflar el pulmon de un cadáver, y se ve que los rebordes de la base son los últimos en recibir el aire, y que para dilatarlos se necesita mayor fuerza. Sé que en el vivo las circunstancias fisiológicas son quizá diferentes; el aire no entra impulsado por una fuerza exterior, le atrae el vacío creado por la inspiracion; pero siempre la columna de aire pierde su fuerza, y miéntras más lejanas las regiones periféricas, llegará más tarde, y más cansada. Hay un hecho de observacion que puede citarse aquí: el enfisema patológico tiene predileccion por aquellos puntos del pulmon que habitualmente funcionan más; lo contrario tambien es cierto, es una verdad que el enfisema patológico no se desarrolla en las bases de preferencia.

Tal me parece por lo poco que acabo de decir, que en los individuos afectados de enfisema patológico no repugna encontrar el compensador, y en estas circunstancias estaban colocados los enfermos que menciono.

Aun pudiera añadirse otra razon; la bronquitis que acompaña á la dilatacion vesicular disminuye la superficie de la hematosis, y como ésta debe hacerse á toda costa y con la intensidad necesaria, debe aumentarse la frecuencia de las respiraciones y la amplitud. En la obra de Racle encuentro las siguientes palabras: "La bronquitis produce una dilatacion sensible de los pulmones y del tórax. Todos los médicos de los hospitales de viejos, han notado que durante el invierno los enfermos que se acatarran se hacen enfisematosos, es decir, que su pecho se dilata, se desarrolla, se hacen abovedamientos parciales; cuando la primavera torna, esta dilatacion pasajera desaparece, el pecho toma su conformacion habitual al mismo tiempo que los síntomas de

la bronquitis se disipan.'' (*Rade Diagnóstico Médico*, página 476).

Las vesículas que han perdido definitivamente su elasticidad no vuelven nunca á su estado normal; cuando los tabiques vesiculares han desaparecido, las cavidades formadas persistirán siempre; esto sucede en el enfisema patológico. Si en los hechos á que se refiere el autor citado volvieron las cosas á su estado normal, con toda seguridad puede decirse que se trataba de un enfisema compensador, en el cual sí es posible la curacion.

Creo que aun deben buscarse otras razones en apoyo de mi observacion, porque si en los enfermos que estudié con degeneracion del hígado y enfisema patológico, esta última lesion y la bronquitis fueran la causa del enfisema compensador, quizá debí haberlo observado siempre, y no ha sucedido así: hay otras circunstancias de que despues hablaré.

El grado de desarrollo que alcanza la dilatacion vesicular persisteute é incurable, en todos los enfermos de atrofía grasosa del hígado, es otro de los puntos que deben ser estudiados. Enfermedad esencialmente crónica, necesita muchos años comunmente para llegar á sus últimos períodos; por eso la vemos siempre muy avanzada en los viejos; sufre recrudescencias á ciertas épocas, volviendo luego á calmarse algunos de los síntomas. Sea que los enfermos de degeneracion grasosa con enfisema, objeto de mi estudio, en regla general no tenian una edad muy avanzada, ó sea por otras circunstancias, lo cierto es que solo una ó dos veces pude observar la lesion llevada al más alto grado. Los síntomas han sido algunas veces oscuros, al grado de hacerme dudar la existencia del padecimiento pulmonar. Hace muy poco habia yo estudiado por algunos dias un enfermo que

ocupaba la cama número 16 de la Sala del Sr. Cordero: eran claros los síntomas de la afeccion del hígado, pero en el pecho no sucedia lo mismo; algo exagerada la sonoridad. de una manera difusa en todo el lado izquierdo; la palpacion, practicada algunas veces, me habia dejado en duda del estado de las vibraciones; la respiracion me parecia normal ó exagerada, no me podia formar juicio exacto; ligeros estertores secos, esputos raros, despues la bronquitis caracterizada, y nada más. Temiendo preocuparme nada resolví, inclinándome á creer que las vesículas no estaban dilatadas. Agotado por la diarrea murió, y á la autopsía, despues de insuflar el pulmon izquierdo, ví que en el lóbulo superior habia vesículas dilatadas por la cara posterior y una ampolla, sobre todo, como de dos y medio centímetros de diámetro, de paredes muy delgadas, trasparente y situada en la cara metrastinal; así pudieron verlo tambien mis apreciables compañeros los Sres. Bello y Fuentes.

La dispnea intensa, la circulacion altamente comprometida, dando lugar á la dilatacion cardiaca, insuficiencia de la válvula tricúspide, etc., no es el cuadro que yo he tenido ocasion de observar.

Alguna vez, hablando de este asunto, he oido decir que quizá la vejez sea la causa del padecimiento pulmonar en los alcohólicos con esteatosis del hígado: aunque la razon no me parezca de mucho peso, pues ella equivaldria á suponer que todos los alcohólicos son viejos, y todos los viejos enfisematosos, no creo, sin embargo, que sea inútil el estudio de este punto.

Es, por desgracia, muy comun en nuestros hospitales, encontrar personas que no saben su edad: pocas la saben con precision, algunas aproximativamente, en otras puede averiguarse por medio de algunas preguntas, ligando por ejemplo la vida del individuo con algunos hechos históricos muy

notables, como el cólera de 1833, ó la guerra con los norte-americanos; así se llega á saber que ya entónces tenian ocho, quince, más ó ménos años. Las hay, por último, que de ningun modo saben decirla. Quizás detenerme en esto parezca una superfluidad; al médico le importa conocer los períodos de la vida, infancia, pubertad, adolescencia ó vejez, pero no la edad exacta. Siempre, queda una duda muy penosa cuando se interroga á estos individuos incultos, porque el alcoholismo y la *mala vida* envejecen tan pronto y producen desórdenes tan profundos, que hay viejos, clínicamente hablando (si se me permite la frase), que apénas cuentan treinta años de existencia.

Encuentro en mis apuntes una mujer de treinta años próximamente, y otra de treinta y cinco. Entre los hombres, tres no llegaban probablemente á los cuarenta años, cuatro estarian entre los cuarenta y cincuenta, y otros cinco que tenian las siguientes edades: treinta y uno, treinta y cuatro, cuarenta y uno, cuarenta y siete y cincuenta y ocho años. Por estos datos se ve que ninguno tenia ménos de treinta ni pasaba de los sesenta.

Cuando es posible estar seguro de los conmemorativos, fácilmente se pueden hacer deducciones importantes, ya relativas á la etiología ó referentes al orígen de la enfermedad. Si en cualesquiera caso tiene esto mucha importancia, en la cuestion presente, posee un valor indudable la investigacion de los antecedentes. Se trata de saber si hay una coincidencia entre dos afecciones, si están ligadas entre sí por relaciones de causalidad, ó si por último, ambas tienen una causa comun.

La herencia, cierta predisposicion orgánica, determinadas profesiones, algunos padecimientos del aparato respiratorio, véase las causas principales que producen el enfisema, loca-

lizado de preferencia en tal ó cual punto por la topografía del órgano y su manera de funcionar.

En las 28 observaciones de enfisema recogidas por Louis y Jakson, habia 18 individuos cuyo padre ó madre habian sido atacados por la misma enfermedad: estas palabras de Grisolle demuestran cuán en cuenta debe tomarse la herencia en la etiología de la enfermedad.

Es discutida la influencia de las profesiones, pues miéntras algunos autores las hacen representar el principal papel, para otros solo tienen el de causas determinantes.

Entre los padecimientos del mismo órgano, Laence concede mucha importancia al catarro seco y Louis á la bronquitis capilar.

Segun el Sr. Dr. Ildefonso Velasco, no es raro que el enfisema compensador prolongado se trasforme en patológico.

Los antecedentes que pueden dar los enfermos se reducen á los siguientes: afeccion pulmonar en los padres, y digo simplemente afeccion pulmonar, porque será muy raro que la explique el enfermo de hospital; solo podrán hacerlo individuos que tienen cierta cultura. La profesion á que se han dedicado, algunos síntomas subjetivos padecidos anteriormente, tos, ansia, catarros en el pecho. En este sentido he dirigido mis interrogatorios, obteniendo casi siempre respuestas negativas. Verdad es que estas respuestas no merecen completa fé; estas pobres gentes no se ocupan ni de sí mismas muchas veces, tienen embotados los recuerdos ó responden lo que primero les ocurre; yo, sin embargo, siempre insistia mucho para aclarar este punto hasta donde sea posible. La cuestion que siempre he tenido presente ha sido esta: ¿la lesion pulmonar es independiente de la hepática, ó no? Por esta razon, en mi concepto, los conmemorativos tienen mucho interes.

II.

El enfisema en la cirrosis y abscesos hepáticos.

Entre estas afecciones y la degeneracion del hígado existe una marcada diferencia; pero estando colocadas todas en la misma víscera y produciendo alteracion en sus funciones, parece natural que si los desórdenes del aparato respiratorio son consecuencia de los trastornos que se producen en el hígado degenerado, otras lesiones de esta glándula pueden tambien dar lugar á la dilatacion de las vesículas pul monares. Solamente he estudiado la cirrosis y los abscesos, aunque el año pasado tuve ocasion de observar un caso de acefalocistes y dos de cáncer del hígado, no los examiné en el sentido de la presente parte de mi tésis. Como se ha visto, hasta aquí me he limitado á la descripcion, al relato de las observaciones, cuidando hasta donde me ha sido posible no abordar á las apreciaciones generales, que me parecen más oportunas despues de acopiar los datos particulares.

Entre seis casos de cirrosis, he hallado el enfisema pulmonar dos veces únicamente; ambos han sido comprobados por la autopsía, y ya por los antecedentes recogidos durante la vida, como por las lesiones halladas á la abertura de los cadáveres, me parece que en uno la afeccion pulmonar era muy anterior al alcoholismo; en el otro sí creo que se habia desarrollado muy recientemente. Uno de los primeros enfermos que estudié era un buen tipo de cirrótico, en el cual habia lesiones del pecho, pero no ciertamente la que estudio.

*

En la Sala que está á cargo del Sr. Sanchez, en el hospital de San Andrés, se encontraba en la cama número 6, á

principios de Junio del presente año, Sabino Martinez nacido en Tacubaya, carretero de oficio y bastante jóven, pues apénas contaba 24 años de edad.

A primera vista se podia describir así su aspecto exterior: Cara abotagada y algo amarilla, conjuntivas ictéricas y con terigiones, respiracion un poco ansiosa, vientre abultado y venas superficiales bien perceptibles en los piés, ligero tinte ictérico en todo el cuerpo, y algun decaimiento. Hace tres ó cuatro meses comenzó su enfermedad: basca, diarrea, desgano para comer, fueron sus primeros síntomas, y estas *descomposiciones de estômago* le habian molestado ántes. Confiesa que tomaba pulque, y aguardiente sobre todo, en gran cantidad. Despues se le hinchó el vientre, la diarrea se hizo tenaz y se puso amarillo. Ha tenido y aún tiene dolores de barriga; él no sabe localizarlos en parte alguna especialmente.

Al palpar el vientre se percibe la fluctuacion que da un derrame no muy abundante, y no me pareció que se sintiera el reborde del hígado; á la percusion está sonora la parte media del abdómen y los flancos oscuros, cuando el enfermo está acostado sobre el dorso; acostándolo de lado se hace sonoro el flanco que queda hácia arriba, el hígado algo pequeño; debe creerse que el abultamiento del vientre ha de ser causado en gran parte por un meteorismo, influyendo algo el derrame que existe en la cavidad peritoneal.

El alcoholismo y los síntomas mencionados me parecen suficientes para diagnosticar una cirrosis hepática. Este enfermo tenia además una lesion cardiaca: habia matitez considerable en la region precordial, mas no puedo asegurar con exactitud cuál era la forma de esta área mate, porque siendo algo difícil hacer esta limitacion, yo no tengo seguridad en los resultados que obtuve; la impulsion no era muy fuerte como debia corresponder á una hipertrofia, si á esta fuera debida la matitez; los ruidos del corazon estaban acompañados de un soplo que tenia su maximum de intensidad

en el foco del ventrículo izquierdo. Diversos estertores se auscultaban por la parte posterior en ambos pulmones, habia alguna matitez hácia la base del izquierdo, y no pude encontrar, por lo demás, ningun signo de enfisema.

Pasaron algunos dias, se fué agotando el enfermo, y el 24 de Junio murió; la autopsía dió estos resultados: hígado pequeño, amarillo, con gibosidades y plegaduras, duro al ser tomado entre los dedos, y crujiendo al paso de la lámina del escalpelo. En la cavidad peritoneal derrame seroso; en la pleura izquierda y pericardio, lo mismo, no pareciendo cadavérico este último. En ninguna de las válvulas de los orificios cardiacos habia concreciones ni adherencias, ántes de qne pudiera yo ver si alguno de los orificios estaba insuficiente, se hicieron cortes en el corazon; sin embargo, abrigo la conviccion de que existió una insuficiencia auriculo-ventricular izquierda, porque percibí claro el soplo durante la vida, y tambien lo habia oido mi estimable condiscípulo el Sr. Fernandez de Lara, quien examinó al enfermo ántes que yo.

En la patogenía de la cirrosis Trousseau da mucha importancia á las lesiones cardiacas, estableciendo que el hígado está hipertrofiado ó no disminuye de volúmen en la cirrosis cardiaca y que siempre se ve atrofiado en la de orígen alcohólico. Como en este enfermo la glándula hepática se habia empequeñecido, la lesion era causada por el alcoholismo, aun siguiendo las ideas del respetable clínico.

Además del hidrotorax habia edema en algunos puntos del pulmon, pero no enfisema pulmonar.

*

Ultimamente he visto en la primera Sala de Clínica del Hospital Militar, un soldado enfermo de cirrosis y en el cual se observaba un abultamiento en la fosa supraclavicular del lado derecho; allí habia sonoridad á la percusion y auscultando se percibia el murmullo vesicular, siendo bien marca-

do el segundo tiempo de la respiracion; no pude apreciar vibraciones ni en este punto ni en la fosa del otro lado, pero respecto de este signo debe tenerse en cuenta que esta region es muy incómoda para las exploraciones; todo el tórax estaba sonoro, aunque no me parece que el sonido fuera muy exagerado; algunos estertores roncos y algo de tos, denunciaban una bronquitis de poca importancia.

El primer síntoma, la deformacion, era real: sabido es que para apreciar estos signos siempre se usa de lás comparaciones, y que una depresion puede simular un abovedamiento del lado opuesto, y al contrario; en el presente caso, la fosa supraclavicular izquierda estaba normal; era, pues, efectivo el abultamiento de la derecha. Contemplé con bastante cuidado los movimientos respiratorios, para ver si esa tumefaccion se inflaba al penetrar el aire en el pecho, signo que señala Grisoll en el enfisema del vértice; no lo observé así.

Esta deformacion que señalé, sobre la cual se percutia y auscultaba el pulmon dilatado, con la circunstancia especial que en la respiracion habia, no puede ser explicada sino admitiendo un enfisema del vértice. Aun puedo añadir la existencia de la bronquitis, que algo puede servir para corroborar el diagnóstico.

La ansia y la tos no habian llamado nunca la atencion del enfermo, y á su juicío, jamás ha padecido del pecho. Aquí, como en la mayor parte de los hechos de degeneracion que he referido, debe existir una relacion íntima entre las afecciones hepática y pulmonar.

Añadiendo la historia recogida últimamente, el resúmen puede trazarse así: en siete casos de cirrosis, tres de enfisema, y de estos últimos, uno evidentemente era muy antiguo y no tenia nada que ver con las alteraciones de la glándula biliar.

El enfermo de mayor edad tenia 43 años: esta afeccion ciertamente no se encuentra en edades muy avanzadas.

Comparado el cuadro que presentan los individuos cirróticos y los que padecen atrofia grasosa del hígado, se notan desde luego claras diferencias. En los primeros el vientre abultado, á veces edemas en los piés y aun en la cara; en los segundos el vientre enjuto, frecuentemente excavado, pues el meteorismo que el Sr. Ramos señala no me parece tan frecuente. En aquellos, tinte hictérico de la piel y las conjuntivas; si el hígado está crecido se siente su borde anterior duro y cortante, el dolor obtuso ó la sensacion de peso en el hipocondrio, se encuentran varias veces: en éstos no hay tinte hictérico; si la glándula está crecida, se siente abajo del borde formado por las falsas costillas una resistencia que da desde luego la idea de un cuerpo más firme y más consistente que la masa intestinal, pero la sensacion es obtusa y no indica ninguna forma; la sensacion de peso, el dolor obtuso en el hipocondrio, faltan más comunmente. En los unos la base del tórax siempre uniformemente ensanchada, la respiracion difícil, el catarro de esputos fluidos: en los otros el pecho está en armonía con el enflaquecimiento general, las deformaciones son parciales; tos seca y estertores secos muy comunes; aquí el hidrotorax y el edema del pulmon faltan constantemente. Estas diferencias nos darán en lo sucesivo la resolucion de algunas cuestiones.

Es cosa muy comun ver á los enfermos de abscesos de hígado atacados de dispnea; cuando se les examina el pecho, se encuentra la respiracion exagerada á la simple vista, y á la auscultacion, pero no he visto una sola vez el enfisema patológico reciente.

Estuvo en la Sala del Sr. Sanchez un viejo á quien ví dos dias ántes de su muerte: tenia todos los síntomas de un abs-

ceso hepático y la puncion habia confirmado el diagnóstico, pues habia escurrido pus por la cánula del trocar, siquiera fuese en pequeña cantidad, segun se me refirió. Enfermo muy enflaquecido y con marcada dispnea, dejaba percibir á primera vista, frecuentes los movimientos del tórax, ninguna deformacion parcial, vibraciones claras, sonoridad en todos los puntos percutidos, respiracion fuerte, pero nada que diera derecho para súponer la dilatacion vesicular permanente.

Este ha sido el cuadro que he observado constantemente, y las autopsías han estado en relacion con el cortejo de síntomas presentados durante la vida.

Sobre las modificaciones que sufre la respiracion cuando la glándula biliar se supura, deberé insistir más adelante, porque ellas se prestan á importantes interpretaciones.

Aquí debo hacer mencion de una inspeccion cadavérica que ví practicar el mes pasado.

*

L. Caballero, viejo, tuvo durante la vida todos los signos de un absceso hepático; se hizo la puncion y no escurrió pus. En el cadáver, abierto el vientre, se encontró el hígado muy crecido, de un color muy oscuro, sembrado de abscesitos, y en la porcion central uno de regulares dimensiones; el pus que encerraban era concreto, verde, con un aspecto muy semejante á la pulpa del aguacate. Ni el aspecto de la glándula, ni el número y disposicion de los focos supurados, ni el color del pus correspondian al absceso hepático tal como se presenta comunmente; mas sea de esto lo que fuere, el hecho es que el hígado habia sufrido la supuracion. Inspeccionando los pulmones, se veia desde luego en el izquierdo todo el lóbulo superior afectado de enfisema; habia enormes ampollas que se reconocian inmediatamente sin necesidad de recurrir á la insuflaccion; así se lo mostré al Sr. Dr. Mariano Herrera, mi recomendable amigo, quien á la sazon

se hallaba en el anfiteatro. Hay que añadir al estado de los órganos respiratorios, la alteracion concomitante del centro circulatorio, corazon, derecho hipertrofiado y orificio aurículo-ventricular insuficiente. Como antecedentes del enfermo, solo diré que era viejo, pues en vida no lo habia yo examinado.

Me parece que en este caso basta mencionar las lesiones anatómicas de esos órganos para comprender que ellas fueron del todo independientes.

*

Y como una prueba de la utilidad que trae en estas circunstancias el conocimiento de los antecedentes, para averiguar el orígen del mal, cito por último la siguiente observacion recogida en el Hospital Militar, en la primera Sala de Clínica, cama núm. 25.

J. M. Rivera, de 34 años de edad, soldado, que acostumbra, aunque poco, segun dice, tomar pulque y bebidas alcohólicas, que no tiene la facha de los individuos consumidos por el alcoholismo, comenzó á estar enfermo hace dos meces. A consecuencia de una embriaguez se sintió atacado de perturbaciones digestivas, repugnancia por los alimentos, vómitos al dia siguiente y evacuaciones; le parece que estuvo acalenturado y se puso amarillo, molestándole además un dolor en el hipocondrio derecho, que se propagaba un poco al hombro y brazo correspondiente. Le incomodaba además una sensacion de peso en la misma region, correspondiente al hígado, la cual le embarazaba la respiracion. Así se habia conservado hasta la fecha en que lo examiné. Habia tenido una poca de calentura comprobada por el termómetro, con exacerbaciones por la tarde, pero no sudores. A la inspeccion se notaba: el hipocondrio derecho un poco abultado, la palpacion despertaba dolor allí mismo, y en el epigastrio igual resultado se producia cuando el enfermo ejecutaba algunos movimientos: percutí y encontré la víscera

un poco crecida, lo que ya ántes habia yo sospechado por la palpacion. Sus conjuntivas estaban manchadas con algo de tinte ictérico: existian la sed y falta de apetito, pero ménos marcadas que ántes.

Mi inteligente condiscípulo Leopoldo Ortega me habia dicho ya que á ese individuo se le diagnosticó hepatitis subaguda, y efectivamente, tal diagnóstico me parece acertado; porque aunque es verdad que estaban acompañados de calentura los síntomas locales, pero la mediana intensidad de ésta, la falta de sudores y la mejoracion en la marcha de la enfermedad, excluyen la supuracion de la glándula; sabido es que aun su simple congestion puede provocar la elevacion de la temperatura. Estudiando el aparato respiratorio, encontré todos los síntomas de un enfisema patológico del pulmon izquierdo. Conmemorativos claros daba el enfermo: desde la edad de 16 ó 18 años padece una tosesita seca, dos ó tres veces le han caido al pecho los catarros, sufre tambien una ansia que le molesta por las noches, cuando llueve, cuando hace frio, cuando está encerrado mucho tiempo en el cuartel. ¡Con cuánta claridad me refirió que, encerrado en una pieza por las noches y con las puertas cerradas, ó en un lugar donde están aglomerados muchos de sus compañeros, siente que le falta aire y le viene el ansia!

La respiracion algo frecuente, como he dicho, la deformacion del pecho que ofrece á la vista el hueco infraclavicular izquierdo abovedado, y los espacios intercostales amplios en esta mismo region, las vibraciones bien disminuidas comparadas con el lado opuesto, la sonoridad aumentada, la respiracion oscura y los sonidos del corazon tambien, la tos con raros esputos y los estertores auscultados por la parte posterior; todo forma un conjunto exacto que claramente caracteriza la afeccion pulmonar. Y como ya padecia los síntomas subjetivos que referí, ántes de que la actual afeccion hepática lo trajera al hospital, es indudable que entre una y otra no existe ninguna relacion de patogenia.

Puedo, pues, asegurar, en conclusion, que el enfisema pulmonar no se presenta en los individuos afectados de una hepatitis franca y aun llevada hasta la supuracion: en uno de estos últimos casos, estudiando en el anfiteatro las lesiones del órgano respiratorio eran evidentemente anteriores á las de la glándula biliar, y en el último enfermo que acabo de pintar, los antecedentes dan lugar á idéntica deduccion. He hallado siempre una dispnea más ó ménos intensa, de cuya valorizacion pronto voy á ocuparme.

III.

Consideraciones generales sobre las anteriores proposiciones.

Queda establecido que en la degeneracion del hígado se presenta muy frecuentemente el enfisema pulmonar: que esta coexistencia no casual, es rara en la cirrosis y nunca se observa en los abscesos.

Tenemos enfrente tres entidades: esteatosis hepática, dilatacion de las vesículas pulmonares, alcoholismo. Dos cosas pueden suceder: ó de las dos primeras afecciones una es causa de la otra, ó la tercera es la causa comun de las otras dos.

Frerichs, que ha estudiado mucho la degeneracion grasosa del hígado, le asigna entre otras causas varias enfermedades del aparato respiratorio, principalmente la tuberculosis que ha encontrado en más de la mitad de los casos; habla tambien de la neumonia, pleuresía, *enfisema*. En las pocas observaciones que he reunido para este trabajo, recuerdo haber visto la tuberculosis tres ó cuatro veces y otra nada más, antecedentes de una enfermedad aguda, antigua, y curada, que no sé si fué pleuresía ó neumonía. Volviendo al enfisema, creo que no es la causa de la afeccion hepática;

he advertido ya que es imposible remontarse al orígen de ambas enfermedades, pero que segun me ha parecido siempre se encuentra más avanzada la lesion de la glándula biliar: por esto repugna que aquella sea causa de esta última. Por otra parte, los dos casos de que he hablado, en los cuales no ví la dilatacion vesicular, quedarian sin explicacion y habria que buscarles otra: ¿por qué no unificarlos todos de una vez y ponerlos bajo la influencia del alcoholismo, cuando segun doctrina generalmente recibida esta discracia degenera tambien los riñones, los músculos y las arterias? Bajo la influencia, pues, del estado general, coloco la alteracion del hígado: prévio esto, quedan en pié dos cuestiones:

1ª ¿La esteatosis hepática origina el enfisema?

2ª ¿Ambas enfermedades son producidas por el alcoholismo?

No faltan razones para contestar afirmativamente á la primera pregunta. El Sr. Ramos señala con este motivo cierta relacion de funciones entre estos órganos, el estado diferente y correlativo que guardan en las vidas intra y extra–uterina, un hecho curioso de anatomía comparada, la evolucion incompleta de ciertos productos orgánicos á consecuencia de las alteraciones funcionales del hígado, lo que traeria como resultado la necesidad de una hematosis más activa.

A esto creo que puede añadirse la dispnea que siempre he visto en los enfermos de abscesos hepáticos y sobre la cual quiero decir algunas palabras. Este síntoma, que se explica ya por la calentura, ya por el dolor que embaraza la accion del diafragma, se presenta en casos muy variados. He visto ciertamente hepatitis supuradas con una fiebre intensa y el dolor muy marcado, pero tambien las he visto en ese período de hecticismo y decaimiento, cuando la calentura es poca cosa y el dolor de mediana intensidad; he observado entónces el juego del diafragma, y funcionaba

bien. Ni siquiera se puede invocar con Jacoud la hiperemia fuerte, porque no ella existe en estas circunstancias sino en el período inicial: debe explicarse, pues, por las alteraciones de las funciones hepáticas.

Estas eran mis ideas; todas las anteriores razones me parecian incontrovertibles, pero confieso sinceramente que estudiando el punto, las he hallado ménos sólidas de lo que me parecieron primero. No me parece irracional ciertamente que la diminucion de las funciones del hígado necesite, para que haya compensacion, que se exalten las funciones pulmonares. A la verdad no será el primero ni el único ejemplo que de esto nos suministre la economía. Pero si como lo hace notar el Sr. Ramos, las perturbaciones nutritivas exigen un aumento de la hematosis, ó dicho sea con más claridad, mayor ingestion de oxígeno por la superficie pulpulmonar para completar combustiones incompletas, es claro que el resultado será ciertamente la inspiracion exagerada, y como lo han probado las experiencias y la clínica, no son las inspiraciones forzadas las que producen el enfisema patológica, que, como se sabe, cuenta entre sus causas determinantes, los esfuerzos repetidos de la tos. Esto es lo generalmente admitido, no concediéndose á las inspiraciones forzadas sino un papel muy secundario; en contraposicion, ellas influyen en la produccion del enfisema compensador. ¿Sucede acaso que éste se desarrolla primero, y prolongándose llega á convertirse en patológico? Para el Sr. Velasco, que estudiaba la afeccion de una manera general, no le parecen raras estas trasformaciones, que en mi humilde concepto serian tambien muy naturales. Séame permitida una comparacion: cuando la sangre encuentra un obstáculo á su libre curso, en los orificios que atraviesa, demanda una impulsion más enérgica para vencer la resistencia que se le opone, y el corazon, respondiendo á esta demanda, se hipertrofia luego, y á este proceso se le llama con justicia hipertrofia compensadora; pero llega un dia en que la com-

pensacion se rompe, y entónces se observa la dilatacion de las paredes cardiacas. Así, en el caso que nos ocupa, la insuficiencia de la nutricion demanda una hematósis más activa, y para satisfacer esta exigencia viene el enfisema compensador, verdadera hipertrofia del pulmon, perdónese la palabra; pero aquí, como en las lesiones cardiacas, llega un dia en que la compensacion se rompe, y entónces, agotada la elasticidad vesicular, las paredes de los alveolos se dejan dilatar definitívamente.

Ahora recuerdo, por parecerme oportuno, lo que ya dije del enfisema compensador de la base de los pulmones que ví algunas veces. Urgido el pulmon en estos casos para funcionar con más actividad é inutilizadas las partes que habitualmente trabajan más, hubo necesidad de que desplegaran su accion las bases del órgano que normalmente la tienen limitada; quizá esta sea la explicacion.

Pero si la alteracion hepática puede explicar la pulmonar, el alcoholismo, en mi concepto, tiene una influencia todavía mayor. Estudiando las causas que producen el enfisema, se ve que unas son determinantes y otras predisponentes: entre las primeras ocupa su lugar la bronquitis alcohólica de que ya he hablado algo, y entre las segundas mencionan los autores cierta debilidad del tejido pulmonar, debilidad que permite la dilatacion de los alveolos. Ahora bien, débil consistencia tienen los tejidos degenerados, y si el alcoholismo degenera el hígado, los riñones, el corazon, los músculos, fácilmente puede suponerse que tambien se degeneran las paredes alveolares, y ahí tenemos la debilidad predisponente. Con este objeto he estudiado la consistencia del pulmon en estos casos particulares; los he insuflado con fuerza y tenacidad para ver si podia provocar la ruptura, lo que no sucede cuando está sano el tejido. y de las varias tentativas nunca lo conseguí: en cambio, me parece que al hacer traiciones

con los dedos, el tejido es más deleznable: de este modo sí he conseguido desgarrarlos, sin que esto haya sucedido en pulmones de otros cadáveres ajenos á esta afeccion. No tengo observaciones microscópicas que referir, y estas quizá resuelvan la cuestion.

Se me objetará que si el alcoholismo es la causa del enfisema, éste debia hallarse con igual constancia en la cirrosis y en los abscesos. Respecto de estos últimos, en los cuales nunca se encuentra, hay dos explicaciones del hecho: primera, no todos los individuos que padecen supuraciones del hígado están profundamente minados por las costumbres alcohólicas; segunda, esta afeccion aguda, comparada con las otras del mismo órgano, es de una marcha rapidísima. En cuanto á la cirrosis, son bien intensas las perturbaciones de la circulacion, y los pulmones más bien tienden á atascarse que á hacerse enfisematosos: la sangre circula con lentitud, de poco serviria que penetrara mayor cantidad de aire; la naturaleza hace sus esfuerzos en verdad; pero tal me ha parecido que en los cirróticos avanzados, más que respiraciones profundas hay respiraciones frecuentes: hay una funcion en congoja más bien que una funcion exaltada. Recuérdese, sin embargo, qne dos veces he visto el enfisema en estos enfermos, y se comprenderá que éste, más que á la degeneracion grasosa que perturba la nutricion, es debido al alcoholismo, ya sea que degenera el palenquina pulmonar, ó que lo produzca por otro mecanismo.

Reasumiendo todo lo dicho, resulta:

I. Que, cuando el hígado es atacado de degeneracion grasosa, el pulmon se hace enfisematoso.

II. Que este hecho, constante, observado en las más diversas circunstancias de edad, sexo y antecedentes, excluye toda idea de una simple coincidencia.

III. Que esto mismo se observa pocas veces en la cirrosis y nunca en los abscesos.

IV. Que esta coexistencia puede ser explicada de dos maneras:

A.—Por la relacion de funciones que existe entre los órganos biliar y respiratorio, lo que no me parece fuera de razon.

B.—Por el alcoholismo, que en mi sentir tiene mayor influencia.

Yo bien conozco la escasa importancia de este imperfecto estudio; hay en él, á no dudarlo, varios puntos oscuros, desaliño, imperfeccion, en una palabra. No me es dado abarcarlo todo y hacer un completo desarrollo; otras fuerzas superiores podrán conseguirlo; y si alguien se volviese á ocupar de esto, al ver la correccion de mis errores, yo seré feliz con haber señalado un punto á discusion.

S. E. Sosa.